

MENINGITIS TUBERCULOSA COMO MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

*Tuberculous meningitis as a manifestation of extrapulmonary tuberculosis:
a report of 2 cases*

Caballero Abente, Ileana María, Mendez Villalba, Cecilia María, El Haj Ortiz, Fátima Imad ¹

1. Universidad Nacional de Concepción, Especialista en Medicina Interna, Hospital Regional de Concepción.

RESUMEN

La meningitis tuberculosa es una de las manifestaciones menos frecuentes, pero más graves de la tuberculosis extrapulmonar, con altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial actualmente. Se presenta con manifestaciones inespecíficas siendo dificultoso su tratamiento temprano, su diagnóstico se realiza a través de la clínica y el estudio de líquido cefalorraquídeo. Se presentan 2 casos clínicos que acuden al Centro Médico Nacional - Hospital Nacional por antecedentes de fiebre y deterioro del estado de la conciencia.

Palabras clave: Meningitis tuberculosa, tuberculosis extrapulmonar, líquido cefalorraquídeo

*Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article*

Caballero Abente, Ileana María; Mendez Villalba, Cecilia María; El Haj Ortiz, Fátima Imad. Meningitis tuberculosa como manifestación de tuberculosis extrapulmonar: a propósito de 2 casos. Rev. Medicinae Signum. 2026; 5(1):67-71.

ABSTRACT

Tuberculous meningitis is one of the less frequent but most serious manifestations of extrapulmonary tuberculosis, with high morbidity and mortality rates worldwide. It presents with nonspecific manifestations, making early treatment difficult; diagnosis is made through clinical examination and cerebrospinal fluid analysis. We present two clinical cases who came to the National Medical Center - National Hospital with a history of fever and altered mental status.

Key words: Tuberculous meningitis, extrapulmonary tuberculosis, cerebrospinal fluid

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis* que es conocida principalmente por su afectación predominantemente pulmonar.

Hasta el año pasado se habían constatado 8,2 millones de personas diagnosticadas a nivel mundial de las cuales 324.000 eran de América con cifras en progresivo ascenso, en el 2023 obtuvo el primer puesto de

enfermedad infecciosas prevalentes a nivel mundial. (1)

La tuberculosis extrapulmonar se presenta secundaria a una diseminación hematogena de un foco pulmonar primario y puede afectar varios sistemas incluyendo el linfático, nervioso central, abdominal, las mismas se presentan con más frecuencia en pacientes inmunodeprimidos. (2,3)

Entre estas la meningitis tuberculosa se ha encontrado en 1-2% y se considera actualmente como una de las presentaciones más graves; sus manifestaciones clínicas son

Fecha de recepción: noviembre 2025. Fecha de aceptación: noviembre 2025

*Autor de correspondencia Abente, Ileana. e-mail: ileana2612@gmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

inespecíficas que se presenta desde cefalea a deterioro repentino del estado de la conciencia. Su diagnóstico se realiza a través de la clínica y se confirma con laboratorios, específicamente con la toma de líquido cefalorraquídeo. (4,6)

Se presentan dos casos que acudieron al Hospital Nacional de Itaugua, de ambos sexos, que acuden al servicio de urgencias por fiebre y deterioro del estado de conciencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso clínico 1: Paciente masculino de 51 años, hipertenso en tratamiento con losartán sin otras patologías de base, cuenta con cuadro de 22 días de evolución de fiebre graduada vespertina, pérdida de peso de más de 5 kg, 12 horas antes del ingreso presenta deterioro del estado de la conciencia volviéndose confuso. Refiere antecedente de internación anterior recibió antibioticoterapia que no sabe referir por 15 días. Al ingreso paciente se encuentra confuso con glasgow 14/15, pupilas iguales simétricas reactivas a la luz, sin déficit aparente, febril con picos de 38 grados, sin otras particularidades al examen físico.

Se realizan estudios complementarios incluyendo radiografía de tórax, ecocardiograma, ecografía abdominal y tomografía de cráneo que retornan sin particularidades.

Con focos descartados, se decide punción lumbar en sospecha de meningoencefalitis y se inicia posterior a procedimiento tratamiento antibiótico con ceftriaxona y

vancomicina cubriendo foco, retorna PL con hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia con celularidad a predominio mononucleares dicha muestra se envía para estudio para baciloscopia y geneexpert que retornan positivos para M tuberculosis y se inicia corticoides y HRZE cubriendo foco meníngeo de manera dirigida.

Posteriormente presenta deterioro brusco de estado de conciencia llegando a puntaje 8 según escala de Glasgow por lo que se procedió a intubación orotraqueal y es trasladado al servicio de reanimación de urgencias adultos donde requirió internación por 2 semanas durante las cuales sufrió de complicaciones propias de hospitalización. Paciente es dado de alta con glasgow basal de 10 sobre 15, y secuelas neurológicas adjudicados en parte a foco infeccioso y otros factores relacionados a estadía en cuidados intensivos con dependencia total de cuidado por familiares.

Caso clínico 2: Paciente femenino de 51 años, no portadora de patologías de base, acude por cuadro de 9 días de evolución de cefalea de inicio insidioso biparietal que no cede con analgésicos comunes, al cuadro se agrega sensación febril sin predominio de horario que cedía con el consumo de antipiréticos orales 2 días antes del ingreso se agrega vómitos precedidos de náuseas de contenido alimentario sin estrías de sangre y mareos persistentes por lo que acude a nuestro centro.

Tabla 1. Resultado LCR caso 1 y caso 2.

	Caso 1	Caso 2
Proteínas	350	287
Glucosa	9	14
Leucocitos	1400	214
Mononucleares	80%	60%
Polimorfonucleares	20%	30%
Genexpert	positivo para M. tuberculosis No posee resistencia a Rifampicina	positivo para M. tuberculosis posee resistencia indeterminada a Rifampicina

Tabla 1-2: Características citológicas y citoquímicas de LCR.

Ingresó confuso G 14/15, sin déficit ni signos meníngeos ni rigidez de nuca. Se realizó tac de cráneo simple donde se constató lesiones ni sangrado por lo que se decide realizar punción lumbar que retorna con hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia celularidad a predominio mononucleares. Se inicia cobertura antibiótica empírica previo a punción cubriendo foco meníngeo en sospecha de una meningoencefalitis. Se envía muestra estudio molecular para geneexpert que retorna positivo para M. tuberculosis con sensibilidad indeterminada a Rifampicina por lo que se inició tratamiento dirigido con corticoides y HRZE. Paciente mantiene mismo estado de conciencia durante internación y es dada de alta posterior sin secuelas neurológicas al completar tratamiento con plan de continuar HRZE durante 12 meses con controles con el servicio de infectología y neurología.

Tabla 2. Línea de tiempo de los dos casos.

Momento clínico	Caso 1 (masculino, 51 años)	Caso 2 (femenino, 51 años)
Inicio de síntomas	de 22 días de fiebre vespertina, pérdida de peso >5 kg.	9 días de cefalea biparietal que no cede con analgésicos.
Próximo al ingreso	12 h antes: deterioro del estado de conciencia (confusión).	2 días antes: vómitos, náuseas y mareos persistentes.
Ingreso hospitalario	Ingresó confuso (Glasgow 14/15), febril (38 °C), sin déficit focal.	Ingresó confusa (Glasgow 14/15), sin signos meníngeos ni rigidez de nuca.
Estudios iniciales de imagen	Rx de tórax, ecocardiograma, eco abdominal y TAC de cráneo sin hallazgos relevantes.	TAC de cráneo sin lesiones ni sangrado.
Punción lumbar y LCR	PL por sospecha de meningoencefalitis → hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia, pleocitosis mononuclear; baciloscopia y GeneXpert positivos para M. tuberculosis sin resistencia a rifampicina.	PL → hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia, pleocitosis mononuclear; GeneXpert positivo para M. tuberculosis con resistencia a rifampicina indeterminada.
Conducta inicial	Inicio de ceftriaxona + vancomicina tras PL; luego corticoides y esquema HRZE dirigido al foco meníngeo.	Inicio de antibióticos empíricos previo a PL por sospecha de meningoencefalitis; tras resultado, corticoides y HRZE con plan de 12 meses.
Evolución y desenlace	Deterioro brusco a Glasgow 8/15 → intubación y 2 semanas en reanimación; alta con Glasgow 10/15 y secuelas neurológicas, dependencia total de cuidado.	Mantiene Glasgow 14/15 durante la internación; alta sin secuelas neurológicas, con seguimiento en infectología y neurología.

DISCUSIONES

La meningitis tuberculosa continúa siendo una de las patologías con complicaciones graves que posee actualmente dificultades en su diagnóstico temprano y por ende en su tratamiento. (1) La clínica inespecífica que presenta como náuseas, vómitos con cefalea de tiempo variable de 1 semana a 1 mes, deterioro del estado de conciencia, y convulsiones además de síntomas propios de la tuberculosis como diaforesis nocturna, fiebre prolongada y pérdida inexplicable de peso. Encontramos que ambos pacientes presentaron el deterioro del estado de conciencia brusco asociado a cefalea, pero solo el primer caso expuesto afirmaba tener historia de 1 mes de los síntomas, siendo la cefalea y náuseas con vómitos previo el deterioro la clínica del segundo caso. (2,3,4)

Lecciones clave

- En adultos con fiebre, cefalea y alteración del estado de conciencia, la meningitis tuberculosa debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales, aun en ausencia de signos meníngeos clásicos.
- Los estudios de imagen (TAC de cráneo, radiografía de tórax) pueden ser normales en fases iniciales; el análisis de líquido cefalorraquídeo y las pruebas moleculares (GeneXpert) son fundamentales para el diagnóstico.
- La evolución prolongada y el deterioro neurológico avanzado, como en el caso 1, se asocian a mayor riesgo de secuelas neurológicas y dependencia funcional.
- El inicio temprano de corticoides y tratamiento antibacilar dirigido, como en el

caso 2, se vincula con mejores desenlaces clínicos y menor carga de secuelas.

- La ausencia de lesión pulmonar primaria no excluye la tuberculosis como etiología; es necesario mantener un alto índice de sospecha de formas extrapulmonares en contextos endémicos.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

CONCLUSIONES

Ninguno de los dos pacientes presentó lesión pulmonar primaria como la descrita en diversos estudios. El diagnóstico precoz y esencial se basa en el estudio de líquido cefalorraquídeo a través de su analítica o el estudio molecular donde se encuentran que ambos casos presentaban hipoglucoorraquia con celularidad a predominio de mononucleares con estudio molecular positivo. La tomografía axial computarizada no presentó hallazgos imagenológicos de importancia. Los pilares de tratamiento siguen siendo antibacilares y corticoides, el uso de antibacilares se extiende hasta 12 meses, aunque sigue siendo controversia el esquema a utilizar por el poco paso por la barrera hematoencefálica, no poseemos datos sobre el seguimiento del tratamiento de los pacientes después del alta. (6,7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global tuberculosis report 2024. World Health Organization (Internet) Mencionado 23 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global->

- tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024
2. Hernandez, A. Quintana, A. Quintanar, M. Álvarez, P. et al. Tuberculosis extrapulmonar: un problema de salud pública. *Cir. cir.* vol.91 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2023. 01 de septiembre de 2021 [citado 23 de junio de 2025] *Cir Cir.* 2023;91(1):131-138 Disponible en: https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=814
 3. Rodríguez Diego, Zapata Alejandra, Molina Florencia, Pemuolo Griselda, Burbano Johnny, Correa Laydi. Tuberculosis meníngea: reporte de casos años 2005-2017. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2021 Jun [citado 2025 Jun 26] ; 38(3): 410-416. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182021000300410&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182021000300410.
 4. García Linares D, Cosios Sarmiento AG, López Arévalo BP, Muñoz Romero JM, Urdiales Herrera JE, Carrión Granda CA. Meningitis Tuberculosa en Paciente Masculino sin Comorbilidades. Reporte de Caso. *Ciencia Latina* [Internet]. 1 de marzo de 2024 [citado 27 de junio de 2025];8(1):5332-41. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9872>
 5. Bogado-Saucedo CN, Montiel-Jaroli D, Garcete Espínola JS, Centurión González AI. Características clínico-epidemiológicas de la meningitis tuberculosa en pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica del Centro Médico Nacional en el periodo 2015 – 2023. *Rev. Nac. (Itauguá)* [Internet]. 4 de octubre de 2024 [citado 23 de junio de 2025];16(3):110-9. Disponible en: <https://revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/203>
 6. Sagamuste JV, Romero A,. Reporte de caso: Tuberculosis meníngea. *Revista Médica de Costa Rica* Vol. 84, Núm. 627 (2019): Enero-Junio [citado 27 de junio de 2025]2019;84:34-39 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2019/rmc19627g.pdf>
 7. González S. Edna, García A. Camila, Ortiz P. María Gabriela, Sánchez Pérez Erick. Tuberculosis del sistema nervioso central. *Acta Neurol Colomb.* [Internet]. 2021 May [cited 2025 June 26] ; 37(1 Suppl 1): 81-89. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482021000200081&lng=en. Epub May 22, 2021. <https://doi.org/10.22379/24224022338>